

*В.І. Герелюк, Т.І. Матвійків, М.М. Ільків*

## Закритий кюретаж пародонтальної кишені та нехірургічна пародонтальна терапія як основи базової терапії патології пародонту

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

**Мета:** порівняти ефективність закритого кюретажу та нехірургічної пародонтальної терапії у хворих на генералізований пародонтит I–II ступеня розвитку.

**Матеріали та методи.** Провели порівняння ефективності протоколів лікування хворих на генералізований пародонтит за допомогою методики закритого кюретажу й нехірургічної пародонтальної терапії, опираючись на показники глибини пародонтальних кишень, рівня епітеліального прикріплення та рухомості зубів.

**Результати.** Клінічна картина охарактеризувалась позитивною достовірною динамікою практично в усіх клінічних показниках у строк до лікування на 90 та 180-у добу після лікувальних процедур за протоколом закритого кюретажу та нехірургічної пародонтальної терапії.

**Висновки.** Достовірної різниці в отриманих даних клінічних показників вибору методу лікування не виявили. Проведення хірургічного, оперативного втручання у м'які тканини на внутрішній, латеральній поверхні кишень у рамках закритого кюретажу не є доцільним.

**Ключові слова:** генералізований пародонтит, кюретаж, нехірургічна пародонтальна терапія.

### Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень

Одним з найпоширеніших методів місцевого лікування патології пародонту є кюретаж пародонтальної кишені. Кюретаж від англійського слова «curettage» означає вишкрібання, тобто видалення патологічних грануляцій та обробка поверхні кореня зуба, з метою виникнення нового епітеліального прикріплення. Цю маніпуляцію виділяють у самостійний метод ще з позаминого століття, так званий метод Юнгера-Закса.

Уперше кюретаж здійснив Riggs у 1867 р., а авторами-розробниками цього методу були Younger (1880–1892), Н.Н. Знаменський (1899) і Sachs (1909–1910). Юнгер ввів кюретаж у клінічну стоматологію як основний метод при лікуванні захворювань пародонту. Закс під кюретажем розумів методику зняття зубних відкладень і вишкрібання грануляцій, а також запропонував набір інструментів [7, 8].

У залежності від техніки проведення кюретаж можна виконати «відкритим» способом – це відкритий кюретаж з відкиданням слизово-окісного клаптя та «закритим», тобто без відкидання слизово-окісного клаптя. Закритий кюретаж поділяється на простий ясенний (англ. Gingival curettage) і підясенний, (англ. Subgingival curettage) який проводили в комплексі з ясенним (Нікітіна Т.В., 1982; Данилевський Н.Ф. та ін., 1993; Борисенко А.В., 2013).

Простий (ясенний) кюретаж обмежувався оперативним втручанням у ділянці кругового циркулярного епітелію і проводився в межах зубоясенного прикріплення при відсутності пародонтальної кишені. Маніпуляція полягала у видаленні за допомогою гострих кюрет епітелію ясенної борізки, епітеліального прикріплення й запаленої сполучної тканини стінки кишені (Nestor and Lopez, 1977). Технічно ясенний кюретаж проводили за допомогою горизонтального руху універсальною кюретою (наприклад, 4R-4L Columbia Universal curette), з метою висікання внутрішньої, латеральної стінки без втручання в кісткову тканину та проведення проце-

дур по видаленню підясенних зубних відкладень, а також детоксикації поверхні кореня. Створювалась ранева поверхня, яка гіпотетично повинна була забезпечити нове епітеліальне прикріплення (Carranza F.A., 1954, Hirschfeld L., 1952).

Погоджувальна доповідь Міжнародного симпозиуму про питання клінічної пародонтології (1989) містить такі висновки: «Виконання ясенного кюретажу в якості самостійної процедури клінічно не виправдана. Він не показаний при проведенні лікування, спрямованого на створення нового епітеліального прикріплення. Позитивний ефект власне ясенного кюретажу оцінити досить важко, оскільки він майже завжди супроводжується інструментальною обробкою поверхонь коренів». Чітких показань про проведення цієї маніпуляції немає, а успіх такого втручання обов'язково залежить від того, як ретельно видалені над- і підясенні зубні відкладення та грануляції (Долінник К., 1967; Шторм А.А., 1997).

Наступним терміном в еволюції поняття закритого кюретажу, який знайшов своє клінічне використання, стає підясенний кюретаж (англ. Subgingival curettage). Це оперативне хірургічне втручання, яке здійснюють в апікальному напрямку з метою часткового видалення частини сполучної тканини глибше зубо-епітеліального з'єднання й обробка гребеня альвеолярної кістки (Борисенко А.В., 2011). Показаннями для закритого кюретажу є наявність пародонтальних кишень глибиною до 5 мм (бажано поодиноких) та ясенної стінки достатньої товщини і рівномірна резорбція кістки альвеолярного відростка (відсутність кісткових кишень). Дану процедуру слід проводити одномоментно, посекторально, одночасно в ділянці 3–4-го зубів, не частіше ніж двічі на рік (А.В. Борисенко, 2011, М.М. Рожко, 2013).

У кінці ХХ століття, а саме в 1989 році, під егідою та за підтримки Американської академії пародонтологів в Америці виходить фаховий підручник «Концепти нехірургічного пародонтологічного лікування» під авторством Kathleen Hodges, в якій уперше з'являється термін

«комплексне нехірургічне пародонтологічне лікування» як замінний, альтернативний термін до поняття закритого кюретажу. Нехірургічна пародонтальна терапія – це затверджений Американською асоціацією стоматологів, протокол лікування захворювань пародонту з чіткими показаннями до його проведення. Його останній варіант – це «Non-surgical periodontal therapy», United Healthcare Dental Clinical Policy, DCP004.02. Е дії від 1-го січня 2017 року. Прозахідний протокол лікування базується на складових пародонтальної терапії (periodontal therapy), таких як скейлінг і згладжування поверхні кореня [1].

«Scaling» (укр. скейлінг) визначено як механічне видалення бактеріальної зубної бляшки, зубного каменю, пігментацій на коронковій і кореневій поверхнях зуба. Доповнюється скейлінг згладжуванням поверхні кореня (root planing) [1, 4, 5].

«Root planing» (укр. згладжування поверхні кореня) – це оперативне видалення поверхневого шару цементу з метою вирівнювання нерівностей, усунення інфікованого цементу, елімінації бактерій та їх токсинів, а також видалення залишків зубного каменю, що в свою чергу сформує тверду та гладку поверхню кореня [1, 4, 5]. Показаннями для нехірургічної пародонтальної терапії є:

- Локалізована або генералізована форма захворювань пародонту, яка характеризується втратою епітеліального прикріплення в межах 1–5 мм., а також фуркаційні ураження в ділянці молярів не вище 1-го класу.
- Хронічний рефрактерний (прогресуючий у разі нещодавнього (менш ніж 6 міс.) комплексного лікування) пародонтит легкого та середнього ступеня в пацієнтів, в яких клінічна картина супроводжується подальшою втратою рівня епітеліального прикріплення, не дивлячись на те, що вони постійно знаходяться на контролі в пародонтолога та отримують підтримуючу терапію.
- Пародонтальний абсцес, який характеризується місцевим набряком та/або поглибленням кишені та втратою епітеліального прикріплення.

Забезпечення нехірургічної пародонтальної терапії в рамках названих показань передбачає проведення комплексу послідовних втручань на пародонті:

1. Скейлінг і згладжування поверхні кореня.
2. Антимікробний вплив через локальні засоби (Localized delivery and antimicrobial agents).
3. Підтримуюча пародонтальна терапія (periodontal maintenance).
4. Посекторальна ясенна ірригація.
5. Відсутність хірургічного втручання у м'які тканини внутрішньої латеральної поверхні пародонтальної кишені.

Дискусійним у науковій літературі залишається питання необхідності опрацювання зовнішньої стінки пародонтальної кишені при лікуванні генералізованого пародонтиту I–II ступеня розвитку [2, 3].

**Мета** – порівняти ефективність закритого кюретажу та нехірургічної пародонтальної терапії у хворих на генералізований пародонтит I–II ступеня розвитку.

### Матеріали та методи дослідження

Критерієм відбору хворих для вирішення поставленої мети послугувала наявність у пацієнтів двох обстежуваних груп (група А (20 осіб) – закритий кюретаж, група Б (20 осіб) – нехірургічної пародонтальної терапії запально-дистрофічних захворювань пародонту, зокрема генералізованого пародонтиту (ГП). Обстежено та проліковано 40 хворих на ГП I–II ст. розвитку (хронічний перебіг), які рандомізовані за віком і статтю, жінок – 38,6 %, чоловіків – 61,4 %. Вік обстежених – від 20 до 52-х років. Строк спостереження – до лікування, на 90-добу та 6-й міс. (180 доба) після проведення процедур.

Лікування в рамках закритого кюретажу та нехірургічної пародонтальної терапії здійснювали таким чином: це були базисна терапія, яка передбачала зрощення ротової порожнини та пародонтальних кишень розчинами антисептиків, видалення м'якого зубного нальоту, механічне та ультразвукове видалення над- і підясенних зубних відкладень з наступним поліруванням доступних поверхонь коренів зубів. У пацієнтів із групи протоколу А додатково проводили висікання внутрішньої латеральної частини пародонтальної кишені. За допомогою кюрети видаляли патологічно змінений епітелій прикріплення, внутрішній край маргінальної десни, створювали умовно очищену раневу поверхню.

У групі протоколу Б по завершенню лікувальних втручань процедуру закінчували шліфуванням і поліруванням пришийкових ділянок і контактних поверхонь. Для зменшення гіперчутливості опрацьованих ділянок зуба використовували десенситайзер. У подальшому місцева терапія полягала в антисептичній обробці ротової порожнини, іригації пародонтальних кишень антисептичним розчином, нанесенні на ясна сорбенту на 10 хв. з наступним накладанням під ізолюючу капку фармацевтичного препарату в гелевій формі, який містить хлоргексидин у стабільній концентрації 0,25 % та метронідазол 10 %. Закінчували місцеве лікування нанесенням «Солкосерил-дентальної адгезивної пасти». У середину пацієнтам призначали полівітаміно-мікроелементний комплекс, а також гіпосенсибілізуючу терапію. По закінченню скоригованого курсу лікування скарг на прояви захворювання ротової порожнини не було.

Рухомість зубів вимірювали за допомогою періотестометрії (приладом «Періотест-М») – це автоматична імпульсна методика визначення рухомості зубів, яка базується на перкуторному, чітко горизонтальному постукуванням по вестибулярній поверхні зуба буйком приладу. Результат у цифровому значенні інтерпретується на дисплеї приладу «Періотест-М».

Заміри глибини пародонтальних кишень (ПК) та рівня епітеліального прикріплення біля найбільш скомопрометованих чи втягнутих у патологічний процес зубів здійснювали за допомогою гудзикового пародонтологічного зонда. Інструмент розміщували вздовж довгої осі зуба чітко перпендикулярно до ясенного краю, притискаючи робочу частину зонда до твердих тканин зуба. Глибину ПК вимірювали з чотирьох боків зуба: вестибулярної, оральної, медіальної та дистальної. Уздовж ширини коронки зуба проводили три паралельних виміри, знаходили найбільшу глибину ПК від верхньої межі ясен до дна ПК (прямий метод) і від емалево-цементного з'єднання до дна кишені (непрямий метод). Прямий метод є дуже лабільним, що пов'язано з його зміною внаслідок запалення та атрофічних процесів. Крім прямого вимірювання глибини кишені водночас урахували й оголення поверхні кореня за рахунок ретракції ясен (відстань від емалево-цементної межі до верхівки ясенного сосочка). Це дало можливість за допомогою математичних обрахунків установити справжню глибину кишені непрямим методом (відстань від емалево-цементної межі до дна кишені) та втрату епітеліального прикріплення ясен та охарактеризувати рівень їх прикріплення [6].

### Результати дослідження та обговорення

Клінічна картина охарактеризувалась позитивною достовірною динамікою практично по всіх клінічних показниках у строк до лікування на 90 та 180-у добу після лікувальних процедур за протоколом закритого кюретажу та нехірургічної пародонтальної терапії (табл. 1 і 2).

Таблиця 1

Динаміка клінічних показників у різні строки клінічного спостереження

Строк спостереження	Ст. розв. ГП	Показники клінічного дослідження					
		Рівень прикріплення в мм		Глибина пародонтальної кишені в мм		Рухомість зубів за Д.А. Ентіним у мм	
		Група А (n = 20)	Група Б (n = 20)	Група А (n = 20)	Група Б (n = 20)	Група А (n = 20)	Група Б (n = 20)
До	I-II	2,56±0,18	2,64±0,09	4,13±0,09	4,07±0,13	1,19±0,14	1,36±0,09
90 діб	I-II	2,09±0,11 **	2,23±0,13 **	3,75±0,15 **	3,64±0,11	1,03±0,13 **	0,95±0,09 *, **
180 діб	I-II	2,17±0,07 ***	2,29±0,29 ***	3,63±0,07 ***	3,60±0,10 ***	0,75±0,19 3	0,58±0,13 ***

Примітки: \* – різниця у клінічних показниках між групами в однакові строки спостереження вірогідна (p < 0,05).

\*\* – різниця у клінічних показниках до лікування й через 90 діб вірогідна (p < 0,05).

\*\*\* – різниця у клінічних показниках до лікування й через 180 діб вірогідна (p < 0,05).

Таблиця 2

Динаміка показників рухомості груп зубів, виміряної за допомогою періотестометрії, у строк до лікування та на 180-у добу після пародонтологічного лікування

Строк спостереження	Ст. ГП	Групи зубів							
		Ікла		Різці		Премоляри		Моляри	
		13 (n = 19)	43 (n = 17)	21 (n = 20)	41 (n = 20)	24 (n = 17)	44 (n = 20)	16 (n = 20)	46 (n = 17)
До лікування	А група I-II ст.	7,9±0,41	8,86±0,86	20,91±0,11	21,94±0,29	18,51±0,16	17,83±0,36	16,21±0,26	16,71±0,12
	Б група I-II ст.	7,7±0,43	8,57±0,79	19,83±0,17	20,74±0,39	17,37±0,24	17,91±0,33	16,44±0,32	16,57±0,15
Після лікування (180 доба)	А група I-II ст.	6,31±0,37	6,26±0,84	17,71±0,15**	18,74±0,33**	15,57±0,26**	15,73±0,23**	14,25±0,34**	13,91±0,17**
	Б група I-II ст.	6,9±0,43	6,36±0,73	17,81±0,11**	17,64±0,27**	15,53±0,17**	15,63±0,33**	14,11±0,27**	14,57±0,15**

Примітки: \* – різниця у клінічних показниках між групами в однакові строки, спостереження вірогідна (p < 0,05).

\*\* – різниця у клінічних показниках до лікування й через 180 діб вірогідна (p < 0,05).

**Висновки**

З огляду на проведені клінічне дослідження, порівняння ефективності протоколів лікування хворих на ГП за допомогою методики закритого кюретажу та нехірургічної пародонтальної терапії достовірної різниці в отриманих даних клінічних показ-

ників на 90 та 180 добу у виборі методу лікування не виявили.

Можна стверджувати, що проведення хірургічного, оперативного втручання у м'які тканини на внутрішній, латеральній поверхні кишені в рамках закритого кюретажу не є доцільним.

**ЛІТЕРАТУРА**

- Newman M.G. Carranza's Clinical Periodontology / M.G. Newman. – 12-th ed. Saunders, 2015, 872 p.
- Parashis A.O., Anagnou-Vareltzides A., Demetriou N. Calculus removal from multirrooted teeth with and without surgical access (I) Efficacy on external and furcation surfaces in relation to probing depth // J. Clin. Periodontol. – 1993. – 20, 63–68.
- Pattison A.M. and Gordon L. Periodontal Instrumentation; Second Edition. – P. 179–80, 408–26.
- Petersen P.E., Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach // Journal of Periodontology. – 2005; 76: 2187–2193.
- Smiley C.J., Tracy S.L., Abt E. et al. Systematic review and meta-analysis on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjuncts // J. Am. Dent. Assoc. – 2015, Jul; 146 (7): 508–24.
- Вольф Герберт Ф. Пародонтология / Г.Ф. Вольф, Э.М. Ратейцхак, К. Ратейцхак / Пер. с нем. / Под ред. проф. Г.М. Барера. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 548 с.
- Грохольский А.П. Назубные отложения: их влияние на зубы, околозубные ткани и организм / А.П. Грохольский, Н.А. Кодола, Т.Д. Центило. – К.: Здоров'я, 2000. – 160 с.
- Грудянов А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – М.: МИА, 2009. – 336 с.

**Закрытый кюретаж и нехирургическая пародонтальная терапия как основы базовой терапии патологии пародонта**

В.И. Герелюк, Т.И. Матвийкив, М.М. Ильків

**Цель:** сравнить эффективность проведения закрытого кюретажа и нехирургической пародонтальной терапии у больных генерализованным пародонтитом I-II степени развития.

**Материалы и методы.** Провели сравнение эффективности протоколов лечения больных генерализованным пародонтитом с помощью методики закрытого кюретажа и нехирургической пародонтальной терапии, опираясь на показатели глубины пародонтальных карманов, уровня эпителиального прикрепления и подвижности зубов.

**Результаты.** Клиническая картина охарактеризовалась положительной достоверной динамикой практически по всем клиническим показателям в срок до лечения на девяностый и стовосьмидесятые сутки после проведения лечебных процедур по протоколу закрытого кюретажа и нехирургической пародонтальной терапии.

**Выводы.** Достоверной разницы в полученных данных клинических показателей о выборе метода лечения не обнаружили. Проведение хирургического, оперативного вмешательства в мягкие ткани на внутренней, латеральной поверхности кармана в рамках закрытого кюретажа не является целесообразным. Ключевые слова: генерализованный пародонтит, кюретаж, нехирургическая пародонтальная терапия.

## Closed curettage of periodontal pockets and non-surgical periodontal therapy as a basis Basic therapy of periodontal pathology

*V. Gerelyk, T. Matviyukiv, M. Ilkiv*

**The aim:** to compare the effectiveness of closed curettage and non-surgical periodontal therapy for the patients diagnosed with generalized periodontitis of the I–II stage of development

**Materials and Methods.** The effectiveness of generalized periodontitis treatment with the help of the method of closed curettage and non-surgical periodontal therapy, based on the parameters of the depth of periodontal pockets, the level of epithelial attachment and mobility of teeth reveals .

**Results.** The clinical picture was characterized by positive reliable dynamics in practically all clinical indices before the treatment on the ninetieth and one hundred eightieth days after the treatment procedures under the "closed curettage" protocol and "non-surgical periodontal therapy".

**Conclusions.** There was no significant difference in the obtained clinical data depending on method of treatment used in scientific research. Surgical intervention in soft tissues on the inner, lateral surface of the pocket, within the closed curettage procedure is not advisable.

**Key words:** generalized periodontitis, curettage, non-surgical periodontal therapy.

**В.І. Герелюк** – д-р мед. наук, професор, зав. кафедрою терапевтичної стоматології, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

**Т.І. Матвійків** – канд. мед. наук, в. о. доцента кафедри терапевтичної стоматології, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

**Адреса:** м. Івано-Франківськ, 76000, вул. Галицька, 2, кафедра терапевтичної стоматології, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

**E-mail:** matwey1980@yahoo.com. **Тел. моб.:** (099) 362-77-06).

**М.М. Ільків** – асистент кафедри хірургічної стоматології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

## НОВЫЙ ПРИБОР ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОВ И ДЕСЕН

Японская компания «ARKRAY» выпустила прибор, анализирующий состояние полости рта на основе образца слюны всего за пять минут. В набор также входят материалы для проведения тестов «ST Check».

Для теста нужен небольшой образец слюны. Устройство «SPOTCHEM ST ST-4910» сканирует образец методом двойного отражения волн, анализируя следующие факторы: концентрацию кариесогенных бактерий, кислотно-щелочной баланс, буферную емкость, уровень количества лейкоцитов, следы крови в слюне, наличие белков и аммиака. По завершении диагностики устройство распечатывает диаграмму, на которой наглядно видны индивидуальные результаты пациента.

По мнению разработчика, проанализировать результаты не сложно – с помощью технологии стоматолог может определить первые признаки наличия кариеса или пародонтита. Например, по результатам экспресс-теста у пациента наблюдается высокий уровень количества лейкоцитов в слюне, что свидетельствует о воспалении десен. Таким образом, можно диагностировать гингивит на ранней стадии, до появления первых заметных симптомов.

С момента поступления в продажу устройством заинтересовались многие компании-поставщики. Компактный прибор размером с ладонь демонстрировали на нескольких стоматологических выставках, где он получил высокую оценку японских и зарубежных специалистов, что свидетельствует о скором появлении прибора на рынке разных стран.

По словам разработчика д-ра Хитоми: «Несмотря на то что у новинки уже есть продукты-конкуренты, у нашего прибора есть уникальное преимущество – он позволяет анализировать сразу семь различных показателей за раз. Прибор предназначен для профессионального использования в стоматологических клиниках, он позволяет определить первые признаки заболеваний, но, тем не менее, его нужно рассматривать как дополнительное средство для диагностики различных состояний».

[www.dentalexpert.com.ua](http://www.dentalexpert.com.ua)